FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 211

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Georges-P. CONSTANDULAKI

Né le 30 novembre 1898 à Alexandrie (Egypte)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne à l'Hôpital Bon Secours de Paris

RUPTURE ET PERFORATION DES PYOSALPINX EN PÉRITOINE LIBRE

Président : M. BRINDEAU, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

Nº

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Georges-P. CONSTANDULAKI

Né le 30 novembre 1898 à Alexandrie (Egypte)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne à l'Hôpital Bon Secours de Paris

RUPTURE ET PERFORATION DES PYOSALPINX EN PÉRITOINE LIBRE

Président : M. BRINDEAU, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
natomie	ROUVIERE..
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentle.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REFTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur A. BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de profonde gratitude.

A MON MAITRE

M. le Docteur R. TOUPET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Mon premier maître en chirurgie et de qui je garde un souvenir ému.

A MON MAITRE

M. le Docteur JEAN QUÉNU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui nous a accueilli dans son service comme interne, nous a inspiré cette thèse, prodigué ses conseils éclairés et guidé tout le long de ce travail.
Hommage reconnaissant.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

1924. — M. le Professeur agrégé METZGER.
1924-1925. — M. le Professeur PIERRE SEBILEAU.
1925-1926. — M. le Professeur agrégé MARION.
1926. — M. le Docteur MOUCHET.
1926-1927. — M. le Docteur FAROY.
1927-1928. — M. le Docteur TOUPET.

Internat à l'Hôpital Bon Secours

1928-1930. — M. le Professeur agrégé JEAN QUÉNU.

INTRODUCTION

Il nous a été donné, pendant notre internat à l'Hôpital Bon Secours, d'observer et d'aider à opérer, dans le service de notre maître le Dr Jean Quénu, quelques cas de rupture de pyosalpinx en péritoine libre.

Nous avons été frappé par la difficulté du diagnostic, la rapidité de l'évolution des lésions, et la gravité du pronostic.

D'autre part, au cours de ces cas, divers traitements ont été institués avec des résultats variables.

Il nous a donc semblé intéressant de reprendre la question, particulièrement au point de vue thérapeutique.

HISTORIQUE

L'étude de ce grave accident remonte à 1868, à propos des cas publiés à cette époque par Lawson Tait.

Divers mémoires et des études d'ensemble ont été publiés, depuis, à ce sujet.

En 1924, Huet fit la communication d'un travail très important, résumant les faits parus antérieurement.

Lenormant en 1927, Lapeyre, Sabadini en 1928, enfin Duval et Ameline en 1929, publièrent à ce sujet des travaux non moins importants.

Au cours de leur étude, ces auteurs sont unanimes à insister sur le chapitre du traitement, et à ce propos signalons que la thérapeutique diffère suivant les cas observés et selon les auteurs.

ETIOLOGIE

a) Fréquence

La rupture de pyosalpinx est relativement peu fréquente. Cependant Bonney, en 1909, en a rassemblé 45 cas, Brickner, en 1912, 91 cas.

De nombreuses observations isolées ont été relatées depuis.

Personnellement nous apportons 8 cas nouveaux. D'autre part, nous avons rassemblé au cours de nos recherches bibliographiques 37 autres cas ne faisant pas partie des statistiques précédemment citées.

b) Age

La rupture de pyosalpinx se voit surtout chez la femme adulte, entre 30 et 40 ans.

Mais elle a été constatée chez de jeunes malades de 13 et 16 ans comme chez des femmes de 54 et 59 ans.

c) Causes déterminantes

1. Le traumatisme tout d'abord :

Au cours d'exercices physiques (Boldt).

En soulevant un enfant (Poucet).

En montant un escalier (Brin).

Au cours d'efforts de défécation (Brickner).

A la suite d'un effort (Gatellier).

Après une chute (Sabadini, Lapeyre).

A l'occasion d'une purgation (Ameline).

Au cours du travail.

Après l'accouchement (Mary, Leroux).

Au cours d'un examen gynécologique (Legueu).

Au moment d'une injection vaginale (E. Quénu).

Après dilatation du col, curage digital (Brindeau, Findley).

Au cours de manœuvres abortives (Chevassu).

Dans ces divers cas il y a véritable *rupture* de la poche.

Il s'agit des pyosalpinx refroidis, sur lesquels le traumatisme a une action directe et mécanique.

Mais on comprend bien que le rôle du traumatisme n'est possible que grâce aux lésions de la paroi tubaire.

D'autre part, lors de la rupture, le liquide épanché dans le péritoine peut être *peu septique*.

Notons toutefois que le traumatisme est rarement rencontré à l'origine de la rupture de pyosalpinx. De fait, sur nos 44 cas, le traumatisme direct ou indirect n'est signalé que 5 fois.

2. En l'absence de traumatisme, la rupture de pyosalpinx se produit, le plus souvent, à la faveur d'une poussée inflammatoire.

Il s'agirait, dès lors, d'une *perforation* du pyosalpinx. Elle semble précédée d'une véritable fissuration qui constitue une phase prodromique.

On comprend aisément dès lors que le liquide épanché soit presque fatalement virulent.

Toutes nos observations personnelles relèvent de ce deuxième mécanisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — Etude du pyosalpinx rompu

La rupture est en général unilatérale.

Boldt et Suvers signalent pourtant deux cas avec rupture bilatérale.

L'abcès rompu est le plus souvent tubaire, qu'il s'agisse d'un abcès intrapariétal ou d'une rupture de la trompe elle-même.

1. Siège de la perforation.

L'orifice siège en un point variable de la surface externe de l'organe. Le plus souvent c'est dans la région ampullaire.

Il a été rencontré :

Au niveau de l'orifice tubo-abdominal ;

Au niveau du pavillon ;

Au niveau de la partie postéro-supérieure de la trompe ;

Au niveau du bord inférieur ;

Au niveau de l'ostium abdominale ;

Au niveau de l'infundibulum.

2. Nombre.

En général unique.

3. Forme et dimension de l'orifice.

L'orifice peut être lenticulaire ou fissure courte et linéaire ou orifice large, véritable éclatement.

4. Aspect macroscopique.

La poche est plus ou moins affaissée suivant que le contenu a été évacué en totalité ou en partie seulement. Les parois de la poche sont plus ou moins épaisses.

Chez une de nos malades la paroi avait un centimètre d'épaisseur.

5. Etude bactériologique du contenu.

Cette étude, du plus haut intérêt, n'a été pratiquée que rarement.

Les agents pathogènes le plus fréquemment rencontrés sont, par ordre de fréquence le colibacille, le streptocoque, le gonocoque. Signalons toutefois que l'on peut rencontrer dans le pus : le bacille d'Eberth, l'association coli et streptocoque.

B. — Lésions annexielles du côté opposé au pyosalpinx rompu

Elles sont très fréquentes.

Sur nos 45 observations on note :

6 fois des lésions de salpingite banale.
10 fois un pyosalpinx non rompu.
2 fois un kyste de l'ovaire.

C. — Lésions utérines

Nous avons constaté chez deux de nos malades des lésions de l'utérus.

Chez l'une, il présentait 4 petits fibromes gros comme des billes.

Chez l'autre, on a trouvé un fibrome presque pédiculé gros comme une mirabelle.

Un cas analogue a été signalé par Le Moniet et Favre en 1910.

D. — Lésions péritonéales

Elles sont précoces et nettes.

Cela se comprend d'ailleurs aisément étant donné qu'il s'agit d'un ensemencement massif de pus plus ou moins virulent dans la grande séreuse abdominale.

On peut noter une simple congestion péritonéale.

Plus souvent, à l'ouverture de l'abdomen, on trouve des anses intestinales congestionnées et dilatées, du pus en plus ou moins grande quantité et plus ou moins épais, en général sans odeur, enfin des plaques fibrineuses sur les anses grêles.

Nous avons été frappé par la rapidité de l'apparition de ces lésions.

Chez une de nos malades 4 h. après le début des accidents, le ventre était plein de pus.

Chez une autre, 10 h. après.

Chez une troisième, à la 17e h., nous avons trouvé un quart de litre de pus louche et des fausses membranes couenneuses recouvrant les anses intestinales.

SYMPTOMATOLOGIE

Début

La rupture de pyosalpinx se voit tantôt chez des femmes porteuses de lésions annexielles « refroidies » par le repos et la vaccinothérapie, tantôt chez des femmes en état de *poussée salpingienne* avec exagération des douleurs habituelles et hyperthermie, tantôt enfin chez des femmes bien portantes sans passé génital pathologique bien chargé. Le début en est soudain et brutal.

I. Signes fonctionnels.

a) *La douleur.*

Elle est constante et revêt les caractères suivants :

Elle est d'apparition brusque, brutale même et s'accompagne d'un certain degré d'angoisse.

Elle est en général très vive et va en augmentant.

Elle est souvent syncopale.

Chez quatre de nos malades, elle s'accompagnait de perte de connaissance avec signes de shock, pâleur, sueurs et refroidissement des extrémités.

Le siège de la douleur est variable : soit franchement

abdominal, soit pelvien, soit enfin dans une fosse iliaque.

Toutefois la douleur reste rarement localisée ; le plus souvent elle se généralise rapidement, tout en conservant, peut-être, un maximum douloureux.

b) *Nausées, vomissements.*

Ils sont moins fréquents que la douleur.

Ils apparaissent précocement et sont peu abondants, tout au moins au début des accidents.

Ce sont des vomissements bilieux.

II. — Signes généraux.

a) *L'etat général.*

L'état général est profondément altéré.

Le facies exprime la souffrance et l'angoisse.

Chez deux de nos malades nous avons été, en plus, frappé par la pâleur très marquée de la face.

b) *La température.*

Elle est toujours au-dessus de la normale ; 38°5, 39°, 39°5.

c) *Le pouls.*

D'une façon générale il est rapide et petit.

Toutefois il est en rapport avec la température.

d) *Autres signes généraux.*

Les urines sont diminuées de quantité et hautes en couleur.

Accessoirement on constate fréquemment l'arrêt précoce des matières et des gaz.

III. — Signes physiques.

a) *Inspection.*

L'abdomen est souvent légèrement météorisé.

Il est immobile, ne participe pas aux mouvements respiratoires.

b) *Palpation.*

La palpation superficielle est très douloureuse et la douleur est généralisée à tout l'abdomen.

La palpation profonde est à peu près impossible à cause de la douleur et de la contracture. *La contracture*, signe primordial, est précoce, nette et rapidement généralisée, réalisant le classique ventre de bois.

c) *Le toucher vaginal.*

Il ne semble pas donner les renseignements que l'on pourrait en espérer, ni pour le diagnostic de la cause de la péritonite, ni pour la localisation de la rupture.

Le toucher vaginal révèle tantôt une sensibilité, plus souvent une douleur vive dans un cul-de-sac latéral ou dans les deux, et plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas. D'autres fois il met en évidence une masse de dimension variable, latéro ou rétro-utérine qui ne paraît pas spécialement douloureuse.

Le toucher vaginal n'acquiert de valeur que dans un cas bien déterminé : c'est lorsque, pratiqué chez une malade connue et chez laquelle on avait constaté une masse annexielle, il ne retrouve plus cette masse ou la reconnaît très diminuée de volume.

Cet affaissement subit d'une tumeur préexistante constitue le signe indiscutable de la rupture.

Si on sent une masse annexielle c'est en général du côté non rompu.

EVOLUTION

L'évolution d'un pyosalpinx rompu en péritoine libre et non opéré est pour ainsi dire foudroyante.

Les Américains l'appellent à juste raison « fulminating péritonitis ».

Nous avons vu la rapidité de l'apparition des divers symptômes ; leur évolution semble aussi rapide, sinon plus.

On assiste alors en quelques heures à un tableau de péritonite diffuse avec facies grippé, traits tirés, yeux excavés, sueurs froides et refroidissement des extrémités, dissociation fréquente du pouls et de la température, vomissements porracés et arrêt complet des matières et des gaz. Sans intervention la mort en est la terminaison habituelle.

Nous croyons cependant utile de citer des ruptures de pyosalpinx à évolution spéciale :

La rupture brutale, sans aucun prodrome ;

La salpingite gangreneuse et perforante d'emblée.

La rupture en deux temps avec un intervalle de quelques jours, pendant lequel tous les symptômes restent amendés.

Enfin la rupture à évolution extrêmement insidieuse, sans douleur, ni vomissements.

DIAGNOSTIC

Sur les 45 cas qui constituent notre statistique.

6 fois on a fait le diagnostic exact de rupture de pyosalpinx ;

10 fois on n'a pas fait de diagnostic précis et 29 fois on a fait un diagnostic inexact.

Ainsi :

9 fois a été fait le diagnostic d'appendicite ;

5 fois a été fait le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu ;

5 fois a été fait le diagnostic de péritonite d'origine génitale ;

2 fois a été fait le diagnostic de pelvi-péritonite ;

4 fois a été fait le diagnostic de rupture de grossesse tubaire ;

3 fois a été fait le diagnostic d'occlusion intestinale ;

1 fois a été fait le diagnostic d'annexite tuberculeuse.

A) Eléments du diagnostic positif

a) Le mode de début brutal, à tel point que la malade peut souvent dire exactement *l'heure* à laquelle ont commencé les accidents.

b) Les caractères de la douleur, extrêmement vive, parfois syncopale, *de siège pelvien.*

c) Les antécédents génitaux pathologiques, la notion d'un accouchement ou d'un avortement septique, d'une gonococcie non ou insuffisamment soignée.

d) Enfin la contracture abdominale, intense, totale, généralisée d'emblée.

B. — **Diagnostic différentiel**

Le diagnostic différentiel de la rupture de pyosalpinx peut se poser avec :

a) *La perforation appendiculaire.*

On conçoit aisément qu'il soit possible de confondre ces deux affections.

Dans la perforation appendiculaire la douleur revêt les mêmes caractères que celle de la rupture de pyosalpinx.

Cette douleur violente, en coup de poignard à droite dans la fosse iliaque, rappelle, en tous points, la perforation d'un pyosalpinx droit.

Cependant dans les cas de perforation d'un appendice normalement situé, l'existence de signes haut placés dans la fosse iliaque droite, permettrait peut-être de rattacher à sa véritable cause le syndrome péritonéal.

Nous estimons par contre impossible la différenciation entre une rupture de pyosalpinx droit et la perforation d'un appendice pelvien.

b) *La rupture d'une grossesse tubaire.*

L'hésitation du diagnostic entre ces deux affections nous semble bien justifiée.

Le début brutal, douloureux, avec sa tendance syncopale peut s'observer dans les deux cas.

La pâleur et l'anxiété sont souvent communes aux deux affections.

On a donné, comme signe différentiel, la température haute dans la perforation de pyosalpinx, basse dans la rupture de grossesse tubaire : mais l'hypothermie est loin d'être constante dans ce dernier cas et il est beaucoup plus fréquent de voir une température aux environs de 38°.

Il est vrai qu'elle n'atteint que rarement la ligne de 39° ou 40° comme c'est la règle dans le cas qui nous occupe.

L'état de la paroi abdominale est aussi assez différent dans les deux cas ; elle est en général relativement souple dans les hémorragies intra-péritonéales, tandis qu'elle est toujours fortement contracturée dans les ruptures de pyosalpinx.

c) Notons aussi la possibilité de diagnostic différentiel avec la rupture ou la *torsion d'un kyste de l'ovaire* et celui de la *torsion d'une trompe saine* ; mais en général dans ce cas, la température dépasse rarement la normale.

d) *Pelvipéritonite.*

Nous ne saurions trop insister sur ce diagnostic, à cause de sa difficulté et aussi à cause du traitement tout différent qu'il comporte.

Une poussée aiguë de pelvipéritonite peut donner lieu à des accidents d'allure aussi inquiétante qu'une rupture

de pyosalpinx. Et c'est très important de savoir les distinguer car, *si l'intervention doit être immédiatement pratiquée dans le 2e cas, elle est beaucoup plus souvent plus nuisible qu'utile dans le premier.*

Dans la pelvipéritonite, la *douleur* peut être très vive mais il est bien rare qu'elle débute de manière aussi soudaine, aussi brutale que dans le cas de rupture de pyosalpinx.

Dans la pelvipéritonite, si l'on a pu assister aux phases de son développement, on constate que la *contracture* de la paroi commence par la region hypogastrique, les fosses iliaques, la région ombilicale, et que si la contracture a une tendance extensive, elle ne gagne que progressivement les régions hautes de l'abdomen ; la contracture peut tendre à se généraliser. Jamais elle n'est généralisée d'emblée comme c'est la règle dans la perforation de pyosalpinx.

Les *signes généraux* ont aussi une allure un peu différente. La température est élevée, le pouls rapide dans les deux affections ; mais l'anxiété, l'angoisse sont plutôt plus marquées dans les perforations des pyosalpinx que dans la simple pelvipéritonite.

Quant aux *signes physiques* fournis par le toucher vaginal, ils ne sont pas d'un grand secours pour différencier ces deux affections, contrairement à ce qu'on pouvait penser.

Dans les deux cas en effet, le toucher ne donne que peu de renseignements précis, parce qu'il est très douloureux, mal supporté et que l'investigation ne peut, de ce fait, être pratiquée dans de bonnes conditions.

Dans les deux cas, on sent en général un empâtement diffus du pelvis, souvent prédominant dans le cul-de-sac postérieur, mais empiétant largement sur les culs-de-sac latéraux.

Théoriquement cet empâtement serait plus diffus, plus étalé, plus bas situé dans le cas de pelvipéritonite, mais ce sont là des arguments, sur lesquels on ne peut guère tabler.

En réalité c'est plutôt sur le mode de début et sur l'évolution des accidents qu'on fait le diagnostic si délicat et si important entre ces deux affections.

PRONOSTIC

Si l'on n'intervient pas le pronostic est fatal.

La statistique globale des observations rassemblées par Brickner, comprend 91 cas ; 36 cas non opérés avec 36 morts.

Dans ces 36 cas, la rupture de pyosalpinx a été vérifiée à l'autopsie.

TRAITEMENT

I. — Indications

Le diagnostic de pyosalpinx rompu commande l'intervention chirurgicale immédiate.

Voilà une proposition qu'il nous semble inutile de discuter. L'objectif est en principe double. Il faut :

1° Traiter la péritonite, c'est-à-dire drainer la cavité abdominale ;

2° Supprimer la cause, c'est-à-dire enlever la poche salpingienne suppurée rompue.

II. — Voie d'abord

La voie vaginale a été employée dans quelques cas pour établir un simple drainage (colpotomie postérieure) chez des malades dont l'état semblait trop grave pour subir une intervention abdominale.

C'est une indication tout à fait exceptionnelle.

Dans la règle, c'est à la voie abdominale qu'il faut recourir.

Seule la laparotomie permet :

1° De vérifier le diagnostic, de reconnaître la lésion qui est la cause de la péritonite ;

2° De choisir le traitement le plus approprié aux lésions rencontrées.

III. — Anesthésie

L'anesthésie locale pourrait à la rigueur suffire pour faire une simple incision de la paroi et glisser un drain dans le fond du pelvis. Elle est tout à fait insuffisante pour faire une exploration complète dans de bonnes conditions.

C'est donc à l'anesthésie générale qu'il faut recourir, à l'éther, au chloroforme ou au protoxyde d'azote suivant les habitudes et les préférences de chaque chirurgien.

L'anesthésie rachidienne ne nous semble présenter dans le cas particulier aucun avantage spécial sur l'anesthésie générale.

IV. — Position de la malade

Il y a grand intérêt à ne pas placer la malade dès le début de l'intervention en position déclive, car cette position favoriserait le contact du pus épanché avec les régions supérieures de l'abdomen peut-être encore non souillées. Il faut donc commencer l'opération la malade étant à plat.

Dès que la ventre est ouvert, le pus s'écoule, on l'éponge soigneusement jusqu'à ce que le petit bassin soit à peu près complètement asséché. Alors seulement, lorsqu'il n'y a plus de pus libre dans les régions déclives de l'abdomen, on peut sans inconvénient incliner la malade, la placer dans la position de Treudelenbourg qui facilite l'exploration et le traitement de la lésion.

Des champs protègent la masse intestinale, on explore les lésions.

V. — Exploration de la lésion

La perforation n'est parfois pas évidente dès le premier abord : comme on voit d'une part du pus libre dans le ventre, d'autre part une grosse poche annexielle pelvienne plus ou moins affaissée, on dit naturellement rupture de pyosalpinx, mais l'orifice de rupture doit souvent être cherché. Ce fait ressort de la lecture de plusieurs observations où il est parlé d'une manière un peu imprécise de « fissuration », de « rupture partielle » : on a l'impression que l'opérateur n'a peut être pas très distinctement vu l'orifice de perforation.

M. Jean Quénu, dans une de ses observations, écrit : « Du pus sourd de la trompe droite sans qu'on puisse dire qu'il s'agit d'une perforation ou de l'ostium abdominale. » Il semble même bien que dans quelques cas on fait la castration bilatérale ou même l'hystérectomie subtotale parce que, en présence de lésions bilatérales plus ou moins adhérentes et confondues l'une avec l'autre derrière l'utérus, noyées dans le pus remplissant l'exca-

vation, *on n'ait pas pu distinguer de manière certaine le siège exact de la rupture, je veux dire laquelle* des deux poches droite ou gauche était l'origine des accidents.

Cette difficulté n'existe bien entendu que dans les cas de pyosalpinx bilatéraux, adhérents, de lésions de pelvi-péritonite.

Lorsqu'il n'y a qu'un seul pyosalpinx, ou même deux pyosalpinx ayant conservé sinon une certaine mobilité du moins une certaine indépendance, la lésion est beaucoup plus facile à localiser et à reconnaître.

VI. — Traitement de la lésion

Une question préliminaire se pose tout d'abord.

a). *Faut-il traiter la lésion ? Le simple drainage.*

L'immense majorité des chirurgiens préconisent et pratiquent le traitement direct de la lésion causale. En présence d'une péritonite suppurée diffuse, non seulement drainer la cavité péritonéale mais encore supprimer la cause. « Le traitement doit être pathogénique » (Lecène) « Cette indication (la suppression de la cause) est plus importante encore que celle du drainage et de l'évacuation du pus » (Lenormant).

Pourtant dans notre statistique de 45 cas nous avons relevé 5 cas dans lesquels l'opération a été purement et simplement une opération de drainage, sans exérèse de la poche rompue. Ce sont les cas de Bounhoure et Baillat, de Reeb, de Dupré et de Sabadini (2 cas). La mort sur-

vint dans les trois premiers cas. Il est juste de dire qu'il s'agissait de malades opérées tardivement et dans un état presque désespéré : c'est sans doute pour cela qu'on avait fait chez ces malades l'opération « minima ».

Les deux opérées de Sabadini ont guéri. La rupture datait de 30 heures dans le premier cas. Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, la rupture ne datait que de 6 heures ; il semble bien que le chirurgien ait recouru dans ce deuxième cas au simple drainage parce que cette méthode lui avait bien réussi dans le premier cas plutôt que poussé par la nécessité impérieuse de faire une opération très simple et très rapide. Aussi bien son article de la « Revue de Chirurgie » est-il un plaidoyer, d'ailleurs intéressant, en faveur du traitement des ruptures de pyosalpinx par le simple drainage au sac de Mikulicz. Il fait valoir des arguments qui ne sont pas sans valeur. Il s'élève notamment contre l'analogie qu'on a voulu établir entre un appendice gangrené et perforé et une trompe rompue. Ce sont là des cas bien différents.

D'autres auteurs risquent une comparaison qui semble encore moins justifiée avec l'ulcus gastrique perforé. D'ailleurs les faits ont leur valeur positive et les deux guérisons obtenues par Sabadini sont à retenir.

Néanmoins, nous pensons que si cette conduite peut être d'un précieux secours dans certains cas particuliers il ne faudrait pas l'ériger en méthode générale, *qu'en principe, l'ablation de la poche salpingienne rompue doit être entreprise, si elle ne semble pas devoir être*

trop difficile et surtout si la malade n'est pas absolument à bout de résistance.

b) *La castration unilatérale ou bilatérale.*

L'ablation de la poche rompue, c'est, en pratique, la castration unilatérale. Elle est facile, rapide quand le pyosalpinx se laisse facilement décoller : une ou deux ligatures suivant les cas, et l'opération est terminée. Elle a été pratiquée 17 fois sur 45 cas avec 15 guérisons et 2 morts.

Onze fois, l'opérateur a fait une castration bilatérale, parce qu'il existait un pyosalpinx double : 10 guérisons, 1 mort.

Cette conduite nous semble parfaitement légitime, d'autant mieux que *le côté* de la perforation n'est pas toujours aussi évident qu'on pourrait le croire. L'ablation des annexes du deuxième côté ne semble d'ailleurs pas augmenter de façon notable la gravité de l'intervention. Donc, d'après notre statistique, *28 castrations unilatérales ou bilatérales ont donné 25 guérisons et 3 morts, soit une mortalité de 11 %.*

C'est, d'après la plupart des statistiques, l'opération qui comporte la plus faible mortalité, celle qui donne les meilleurs résultats.

C'est, d'après Huet, d'après Pierre Duval, l'opération de choix.

c) *L'hystérectomie.*

Dans les cas où les deux trompes sont le siège d'un pyosalpinx, n'est-il pas plus simple, plus expédient

d'enlever l'utérus avec les trompes, de faire une hystérectomie ?

J. L. Faure considère, dans ces cas, l'hystérectomie comme l'opération de choix. Lenormant en est partisan. Huet compte à son passif 4 morts sur 5 cas, il la trouve trop grave : « elle n'est sans doute pas à rejeter entièrement, mais nous ne la croyons que bien rarement indiquée ». M. Pierre Duval la réserve « aux cas dans lesquels elle paraît nécessaire pour permettre une péritonisation, encore qu'approximative, du petit bassin. »

Notre statistique de 45 cas opérés comprend *11 hystérectomies avec 7 guérisons et 4 morts, soit 36 °/₀ de mortalité*. Donc mortalité notablement plus considérable que pour les castrations pures et simples. Reste à savoir si ces diverses opérations s'adressaient à des cas semblables. L'hystérectomie pourra être *subtotale ou totale*.

Huet préfère la subtotale, plus rapide.

Tableau I. — **Résultats suivant l'opération pratiquée**

Opération pratiquée	Nombre de cas	Guérisons	Morts	Mortalité
Aucune (simple drainage)...	5	2	3	60 %
Castration unilatérale.....	17	15	2	11 %
Castration bilatérale	11	10	1	
Hystérectomie subtotale	9	5	4	36 %
Hystérectomie totale.....	2	2	0	

Lenormant déclare que la totale est l'opération de choix. Duval qui, personnellement, préfère la subtotale,

pense que cela n'a pas une grande importance. Notre statistique comporte 9 subtotales avec 5 guérisons et 4 morts, 2 totales (Lenormant, Jean Quénu), avec deux guérisons. Il semble au demeurant qu'on ait fait peu de totales : Huet n'en cite que deux cas, qui sont d'ailleurs deux guérisons.

VII. — Drainage

Il ne nous semble pas utile de discuter de la nécessité du drainage, puisque, nous l'avons dit, c'est un des buts essentiels de l'intervention,

a) *Le drainage vaginal* a été, dans l'ensemble, peu employé. Il ne l'a guère été qu'à la suite des rares hystérectomies totales pratiquées : 2 cas de la statistique Huet : 2 guérisons, 1 cas de Jean Quénu : 1 guérison, 1 cas de Lenormant : 1 guérison. C'est certainement un excellent mode de drainage. « Le drainage de la cavité pelvienne ne se fait véritablement que par la voie vaginale qui semble assurer un drainage au point déclive » (Lenormant).

Et si Lenormant considère l'hystérectomie totale comme l'opération de choix, c'est à cause des possibilités qu'elle donne pour installer un bon drainage vaginal.

Cependant l'établissement d'un drainage vaginal n'exige pas forcément l'hystérectomie totale préalable, ni même l'hystérectomie subtotale : il suffit que la paroi postérieure du vagin soit accessible, il est facile de l'in-

ciser et d'y mettre un drain : Reeb l'a fait après une hystérectomie subtotale et sa malade a guéri. Viollet l'a fait après une simple castration unilatérale et sa malade a guéri. Il est vrai que ces deux malades (comme d'ailleurs celle de Jean Quénu) ont été en même temps drainées par un « Mikulicz » abdominal.

b) *Drainage abdominal.*

C'est le mode de drainage le plus habituellement pratiqué. Il peut être réalisé de deux manières, soit au moyen de tubes de caoutchouc, soit au moyen de gaze, disposés à l'intérieur d'une sorte de sac de gaze, suivant la vieille technique de Mikulicz.

On peut placer un tube dans le fond du cul-de-sac de Douglas, d'autres tubes dans les fosses iliaques. Le sac de Mikulicz tamponne toute la cavité pelvienne.

L'un et l'autre mode de drainage ont leurs partisans irréductibles : certains chirurgiens font du « Mikulicz » un emploi systématique, d'autres le considèrent comme une abomination et ne l'utilisent jamais. D'autres chirurgiens enfin, laissant de côté la question de principe, reconnaissent au « Mikulicz » certaines indications parce que l'expérience leur a montré que si le drainage par tubes était indiqué dans certains cas, l'emploi du sac de Mikulicz présentait des avantages supérieurs dans d'autres cas.

Huet, en 1924, considère le « Mikulicz » comme « à peu près universellement abandonné » et dans le cas particulier comme illogique. Il ne connaît que 3 cas où il ait été employé (avec 2 guérisons). Lenormant, en 1927,

estime que « les quelques cas de pyosalpinx rompu où l'on a placé un Mikulicz n'ont pas donné des résultats tels que la supériorité de cet artifice apparaisse d'une manière évidente (5 morts sur 9 cas) ».

J. L. Lapeyre, en 1918, apporte 8 guérisons sur 8 cas traités par le tamponnement au « Mikulicz ».

M. Pierre Duval, en 1929, publie 14 observations de son service : 13 cas avec drainage par tube, 13 guérisons 1 cas avec « Mikulicz », 1 mort. Il se défend d'ailleurs « de vouloir établir un rapprochement quelconque entre ce tamponnement isolé dans sa statistique et cette mort post-opératoire non moins isolée ».

Voici ce que donne à ce point de vue particulier notre statistique de 45 cas.

TABLEAU 2. — **Résultats suivant le mode de drainage**

Mode de Drainage	Nombre de Cas	Guérisons	Morts	Mortalité
Drainage par :				
Tube abdominal seul.....	23	17	6	26 %
Mikulicz seul.....	14	11	3	21 %
Mikulicz + tube abdominal.	4	2	2	50 %
Mikulicz + tube vaginal....	3	3	0	0 %
Tube vaginal seul.....	1	1	0	

VIII. — Conclusions. Choix d'une technique.

Notre opinion personnelle est la suivante : c'est que si vraiment une technique, un mode de drainage étaient supérieurs aux autres pour tous les cas, l'accord serait vite fait.

Les divergences d'opinion montrent qu'il n'en est pas ainsi. C'est peut-être parce que certaines techniques conviennent à certains cas, et d'autres techniques à d'autres cas.

C'est du moins le point de vue de notre maître Jean Quénu qui, ayant eu à opérer six malades atteintes de ruptures de pyosalpinx, a fait 2 fois l'hystérectomie subtotale, une fois la totale, 2 fois la castration bilatérale, 1 fois l'unilatérale, a drainé 4 fois par un tube abdominal, 1 fois par un « Mikulicz », 1 fois enfin par un tube vaginal et un « Mikulicz » abdominal.

Pour chaque cas il faut choisir la technique qui semble la meilleure, en tenant compte :

1° de la résistance de la malade (âge, temps écoulé depuis le début des accidents, signes généraux) ;

2° des lésions que l'on rencontre (c'est dire que la modalité de l'intervention ne peut être décidée qu'une fois le ventre ouvert.)

Envisageons les différentes éventualités devant lesquelles nous pouvons nous trouver.

Soit un premier cas : Malade peu résistante, état général grave. La laparotomie montre des lésions considérables, des pyosalpinx adhérents dont l'exérèse s'annonce comme devant être difficile et délabrante. C'est dans ces cas que l'opération minima, la simple toilette de péritoine avec drainage peut avoir ses indications exceptionnelles.

Soit un deuxième cas : Etat général grave. Un ou deux salpinx relativement libres, faciles à décoller sans dégâts : castration unilatérale ou bilatérale, drainage au tube.

C'est le cas idéal au point de vue technique, l'annexite qui se laisse « cueillir » presque aussi facilement qu'un banal kyste de l'ovaire. Il ne saurait être question dans de pareils cas d'hystérectomie, ni de Mikulicz.

Troisième cas : Rupture vue précocement. Résistance assez grande. Un pyosalpinx perforé, poche adhérente dont la décortication laisse une large surface cruentée, saignante : castration unilatérale avec tamponnement à la Mikulicz.

Quatrième cas : Condition générale comme précédemment, mais deux pyosalpinx adhérents. Hystérectomie subtotale sans tentative de péritonisation avec drainage à la Mikulicz, ou mieux peut être, si femme pas trop grasse, hystérectomie totale, Mikulicz abdominal et tube vaginal.

Ce ne sont là que des schémas, destinés à exprimer notre manière de voir.

Nous pensons en résumé : 1° *que l'importance de l'exérèse doit être proportionnée à la résistance de la malade ; pas d'hystérectomie chez des malades en très mauvais état général* ; 2° *que le drainage au tube convient aux opérations peu délabrantes,* dont le type est la castration unilatérale ou bilatérale *facile*, pour pyosalpinx bien individualisés peu adhérents, faciles à détacher ; 3° *que le tamponnement à la Mikulicz est préférable chaque fois que l'exérèse laisse une large surface saignante*, ou même simplement dépéritonisée, c'est-à-dire pour tous les cas d'hystérectomie, et aussi pour les cas de castration bilatérale ou même unilatérale difficiles.

IX. — Résultats

a) *Résultats globaux.*

Les résultats publiés n'ont pas, pour la plupart, une grande valeur scientifique, parce qu'ils proviennent de l'addition de cas disparates, publiés isolément. Il est vraisemblable que les résultats réels sont pires.

Brickner donne pour 35 cas opérés une mortalité de 54 %. Lenormant, ajoutant quelques cas à ceux de Huet, donne pour 57 cas opérés une mortalité de 32 %.

Notre statistique de 45 cas compte seulement 11 morts, soit une mortalité de 24 %.

Ces résultats qui, répétons-le, n'ont pas de valeur absolue, semblent néanmoins montrer une certaine tendance à l'amélioration du pronostic opératoire. Autrement dit, les cas de guérison publiés semblent se multiplier.

Nous ne pouvons pas ne pas signaler la série vraiment remarquable, exceptionnellement heureuse, du service de M. le Pr Pierre Duval, qui compte 13 guérisons sur 14 cas opérés.

Nous avons étudié les résultats obtenus suivant l'âge des opérées et suivant le délai écoulé entre le début des accidents et l'heure de l'intervention. Et ce calcul nous a fourni des chiffres bien paradoxaux.

b) *Résultats suivant l'âge.*

Avant 40 ans, 30 opérées, 9 morts : mortalité 30 %.

Après 40 ans, 16 opérées, 2 morts : mortalité 12 %.

Ne s'attendrait-on pas à trouver la proportion inverse,

c'est-à-dire une mortalité moins grande chez les femmes jeunes, dont la résistance organique est plus forte. Faut-il admettre que les infections salpingiennes de fraîche date, ayant pour origine un avortement septique, une infection génitale aiguë, plus fréquemment rencontrées chez les jeunes femmes confèrent à la péritonite un degré de virulence inconnue chez les femmes plus âgées ?

c) *Résultats suivant le moment de l'intervention.*

Ils sont plus surprenants encore.

21 cas opérés avant la 18e heure ont donné 7 morts soit 33 % de mortalité.

22 cas opérés après la 18e heure ont donné 3 morts, soit 13 % de mortalité.

Et parmi ces derniers, 8 cas opérés après 36 heures ont donné une seule mort !

Ces résultats sont absolument contraires à ceux qu'ont donné la plupart des auteurs. Nous nous garderons bien d'en tirer une conclusion quelconque. Cela veut peut-être tout simplement dire que dans notre statistique ce sont les plus mauvais cas qui ont été opérés le plus vite, parce qu'ils présentaient la symptomatologie la plus bruyante ?

d) *Résultats suivant l'agent pathogène.*

L'examen bactériologique n'a été pratiqué que 5 fois sur 45 cas. Il a donné dans 4 cas du streptocoque (2 morts, 2 guérisons) dans un cas du colibacille (guérison) le nombre de ces cas est trop faible pour qu'on puisse en tirer une déduction quelconque.

Lenormant cite par contre un travail de Lübke dans lequel l'examen bactériologique a été pratiqué 34 fois. Des résultats de ces examens il ressort : 1° qu'il y a des pyosalpinx aseptiques ; 2° que parmi les agents pathogènes, le gonocoque semble le plus bénin et le colibacille, seul ou associé au streptocoque, le plus malin.

e) *Résultats suivant l'opération pratiquée.*

Nous avons indiqué plus haut ces résultats en discutant, du traitement des lésions et du mode de drainage.

OBSERVATIONS INÉDITES (1)

Obs. I. — Dr Jean Quénu. — *Rupture d'un pyosalpinx droit. Gros pyosalpinx à gauche. Hystérectomie abdomidale subtotale. Un gros drain dans le Douglas. Guérison*

B..., 51 ans, entre à l'hôpital le 9 avril 1924. Souffre par crises depuis un accouchement qui date de 3 ans. Grosse crise il y a 3 semaines. Dans la nuit du 8 au 9 avril à minuit, violentes douleurs accompagnées de vomissements. Le 9 avril au matin, temp. à 39°, pouls à 110 ; diagnostic : Kyste de l'ovaire tordu.

Interrention le 9 avril dans la matinée à la dixième heure environ. Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Liquide louche, libre dans le ventre. Double pyosalpinx gros comme le poing. Du pus sourd de la trompe droite sans qu'on puisse dire qu'il s'agit d'une perforation ou de l'ostium abdominale. Hystérectomie abdominale subtotale. Un gros drain dans le Douglas. Sérum antigangréneux local : Suites : aspiration. Ablation du drain le troisième jour, des fils le 15e jour. Sort guérie le 21e jour.

Revue le 2 juin 1929. Notable augmentation de poids. Bouffées de chaleur fréquentes. Cicatrice souple, parfaite, pas d'éventration.

---

(1) Ces 9 observations proviennent de la pratique de nos deux maîtres René Toupet et Jean Quénu. Elles sont toutes inédites, sauf l'Obs. I, qui figure dans une communication de M. le Pr Pierre Duval (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie.*, 1929, t LV, p. 1070).

Obs II. — Dr Jean Quénu. — *Rupture d'un pyosalpinx droit. Hystérectomie abdominale subtotale. Un drain dans le Douglas. Mort.*

Mme B..., 54 ans, vient me consulter chez moi le 21 novembre 1927, parce qu'elle a, depuis quelques mois, des pertes de sang mélangé d'eau, peu abondantes mais continuelles. Elle souffre depuis de vagues douleurs dans les reins.

Mariée à l'âge de vingt ans, cette dame a fait plusieurs fausses couches et a une fille de 22 ans.

Veuve depuis plusieurs années, elle a été parfaitement réglée jusqu'en 1921.

Les règles sont devenues irrégulières en 1928 puis ont cessé complètement.

C'est donc chez une femme ménopausée depuis peu que sont apparues ces pertes.

L'examen physique permet de sentir un utérus petit, très dur par endroits donnant l'impression d'un utérus fibromateux.

En arrière et à gauche. une grosse masse arrondie, fluctuante, sensible mais non douloureuse, pas très mobile ; on ne sent rien d'anormal dans le cul-de-sac droit.

Je fais le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche et fait quelque réserve sur la possibilité d'une lésion intra-utérine. Cette dernière considération me détermine à proposer une intervention qui est acceptée : la malade retient sa chambre dans une maison de santé pour être opérée la semaine suivante.

Le 24 novembre, c'est-à-dire quelques jours avant la date fixée pour l'opération je suis appelé d'urgence à 19 heures auprès d'elle par son médecin le Dr A. Dariaux..

Cette dame a été réveillée le matin à 5 heures par une douleur intense dans le ventre et n'a cessé de souffrir atrocement depuis. Elle a eu un vomissement bilieux, n'a eu ni selle, ni gaz depuis ce matin.

Son facies est angoissé. Sa paroi abdominale est le siège d'une contracture généralisée rendant impossible toute palpation profonde. La palpation des culs-de-sac vaginaux par le toucher est extrêmement douloureuse et ne donne aucun renseignement objectif. Le pouls bat à 126 pulsations par minute. Le syndrome péritonéal est évident.

Nous pensons à une complication du côté du kyste de l'ovaire constaté trois jours auparavant, torsion ou rupture, et décidons le transport d'urgence de la malade dans une maison de santé pour intervention immédiate.

Opération à 22 heures. Anesthésie à l'éther.

Laparotomie sous-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine, issue d'environ un quart de litre de pus louche, sans odeur, venant du pelvis.

Quelques anses grêles sont recouvertes de fausses membranes couenneuses.

On libère quelques adhérences épiploïques masquant les annexes du côté droit et on résèque les lambeaux épiploïques pour dégager le pelvis.

A gauche, kyste de l'ovaire gros comme le poing, intact ; à sa partie antérieure est appliquée une trompe énormément distendue, grosse comme deux pouces.

A droite les annexes sont libres dans le cul-de sac de Douglas ; en les amenant au dehors on constate que la trompe également très augmentée de volume est flasque, ridée et présente une perforation vers son milieu ; ovaire petit, malade et saignant

L'utérus est petit, présente sur sa surface 3 ou 4 petits fibromes gros comme des billes.

Hystérectomie abdominale subtotale, péritonisation, lavage à l'éther. Suture de la paroi en 3 plans avec un gros drain dans le cul de-sac de Douglas.

L'opération, facile, n'a pas duré une demi-heure.

L'utérus, ouvert, montre quelques petits fibromes. les uns

interstitiels les autres sous-muqueux, faisant saillie dans sa cavité.

Après l'opération le pouls est à 136, petit et arythmique.

La malade, très agitée, délire toute la nuit, son pouls s'affaiblit, elle succombe vers 7 heures du matin.

Obs. III. — Dr Jean Quénu. — *Rupture d'un pyosalpinx gauche. Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal, drainage abdominal (Mikulicz). Guérison.*

Mme M..., 44 ans, vient à pied, me consulter, à l'*Hôpital N.-D. de Bon-Secours*, le 12 février 1926, pour des douleurs extrêmement vives dans le flanc gauche.

Il s'agit d'une femme qui a eu une grossesse normale il y a 22 ans, mais chez laquelle jusqu'en 1924 on ne relève aucun antécédent pathologique.

Depuis 1924, entre ses règles, elle a des pertes sanglantes avec caillots.

Surtout depuis quinze jours, elle présente des phénomènes douloureux très vifs dans le flanc gauche.

Le 6 février 1926, notamment, c'est-à-dire six jours avant son entrée à l'hôpital, elle a présenté une crise abdominale très douloureuse avec vomissements.

L'examen pratiqué chez cette femme révèle un syndrome péritonéal grave, typique avec contracture généralisée douleur intense à la palpation abdominale, maxima à gauche. Par le toucher vaginal, on sent aussi à gauche une masse assez résistante et très douloureuse.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Intervention. — Ether. Laparotomie sous-ombilicale. Issue de pus fétide qui emplit l'abdomen. Présence de nombreuses fausses membranes.

A droite un gros pyosalpinx non rompu.

A gauche un énorme pyosalpinx gros comme une auber-

gine, adhérent dans le Douglas, mais peu tendu, fissuré et partiellement vidé de son contenu.

Hystérectomie totale avec drainage vaginal, drainage abdominal. Mikulicz avec mèches imbibées de sérum antigangreneux.

Suites : Ablation au 2e jour du drain abdominal.

Les 3, 4, 5e jour, ablation chaque jour d'une mèche du Mikulicz.

Le 7e jour, ablation du sac.

Le 13e jour, ablation des fils de bronze.

La malade se lève le 25e jour.

Elle sort guérie le 38e jour.

Cette malade a été réopérée l'année suivante d'une hernie épigastrique et d'une éventration.

Obs. IV. — Dr Jean Quénu. — *Rupture d'un pyosalpinx droit. Kyste de l'ovaire gauche. Castration bilatérale. Drainage abdominal par tube. Mort le 28e jour après l'intervention, de gangrène pleurale.*

Mme B..., 33 ans. Le 19 décembre 1928, vers 23 heures, je suis appelé, comme chirurgien de garde, à l'*Hôpital Beaujon*.

Le médecin traitant qui soigne la malade chez elle depuis quelques jours, a posé le diagnostic de salpingite.

L'interne de garde m'appelle parce qu'il pense à la possibilité d'une rupture de grossesse tubaire.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, de corpulence moyenne, qui nous donne les renseignements suivants :

Mariée depuis 9 ans et qu'elle n'a jamais été enceinte.

Elle est ordinairement bien réglée avec un peu d'avance ; les dernières règles qui ont commencé le 2 décembre avec un peu d'avance ont été sensiblement plus abondantes que d'habitude.

De plus, il y a six jours, la malade ordinairement bien

portante, avait été prise brusquement d'une violente douleur dans l'abdomen qui l'avait forcée à s'aliter.

Le médecin appelé avait fait le diagnostic de salpingite et imposé le repos complet au lit.

Le soir vers 7 heures peu de temps après avoir pris un lavement, la malade avait ressenti brusquement une douleur abdominale extrêmement vive avec perte de connaissance complète.

C'est à la suite de cet incident que le transport à l'hôpital a été décidé d'urgence.

Le facies pâle, le pouls rapide et petit à 120, la tempér. à 39°, les extrémités refroidies. La malade souffre beaucoup.

L'abdomen est ballonné, légèrement contracturé, douloureux à la palpation ; mais contracture et douleur sont diffuses généralisées uniformément à tout l'abdomen.

Au toucher vaginal, on sent un col de situation et d'orientation normale, un cul-de-sac antérieur souple, le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux sont extrêmement douloureux et le palper bimanuel ne peut, de ce fait, donner des renseignements bien précis.

Néanmoins on sent nettement à gauche une masse rénitente qui semble assez volumineuse.

Etant donné les dernières règles un peu anormales, les deux épisodes douloureux, le dernier marqué par une syncope, l'accélération du pouls, le diagnostic de rupture de grossesse tubaire serait extrêmement probable, si la température n'était un peu élevée.

Nous ne perdons d'ailleurs pas de temps à discuter ce diagnostic car l'indication opératoire est évidente.

Intervention d'urgence. Anesthésie à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale. Issue de pus en grande quantité par la partie inférieure de l'incision. La main plongée dans le cul-de-sac de Douglas ramène un kyste, gros comme le poing, développé aux dépens de l'ovaire gauche qui n'est certainement pas en cause.

Elle ramène ensuite un pyosalpinx volumineux, développé aux dépens de la trompe droite, à demi vidé de son contenu par un orifice siégeant dans la région du pavillon.

J'enlève d'abord le kyste de l'ovaire gauche qui est gênant, puis le pyosalpinx droit. Donc castration bilatérale. J'éponge le petit bassin, je place un gros drain dans le cul-de-sac de Douglas, sortant par la partie inférieure de l'incision et suture la paroi en 2 plans.

Serum intra-rectal, huile camphrée, position assise.

Je demande à l'interne de prélever du pus dans le drain, lors du premier pansement, pour en faire l'examen bactériologique ; malheureusement cette recommandation fut négligée.

Suites : Ablation du drain le 7e jour.

La plaie est en très bonne voie. Mais vers le 10e jour, la température s'élève brusquement à 39°, malaise généralisé, anxiété, pendant quelques heures.

Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 38°5; elle est attribuée à une affection pulmonaire.

Le 5 janvier 1929, la plaie opératoire est complètement cicatrisée.

Le 7 janvier, une ponction thoracique permet de retirer une petite quantité de liquide sérofibrineux. Puis le 9 janvier la malade émet une expectoration horriblement fétide due à une gangrène de la plèvre.

On pratique le lendemain une pleurotomie.

Malgré tout l'état général reste très grave avec température oscillante.

La malade succombe le 15 janvier.

Obs V. — Dr Jean Quénu. — *Rupture d'un pyosalpinx gauche. Castration unilatérale. Drain dans le Douglas. Mort au 10e jour.*

Mme V. C..., 44 ans, fait venir son médecin traitant, le Dr Pierre Arrivot, le 15 décembre 1928, pour une douleur

qu'elle avait ressenti brusquement dans la fosse iliaque gauche, la veille vers 16 heures.

Cette douleur ne l'inquiète pas parce qu'elle est à peine plus vive que les douleurs prémenstruelles qu'elle présente habituellement.

Elle continue à rester debout et peut même descendre de chez elle faire quelques petites courses.

Cependant vers 18 heures la douleur augmentant et s'accompagnant de nausées elle s'alite et applique sur l'abdomen des compresses chaudes (moyen qu'elle employait depuis longtemps au moment de l'apparition de ses règles).

Toute la nuit elle souffre mais ne fait appeler le médecin que le matin, vers les 11 heures. On note facies extrêmement pâle cireux, le nez pincé, la langue sèche, la respiration courte et rapide, la temp. à 39°5, le pouls à 110, régulier et bien frappé.

L'abdomen ne respire pas ; contracture généralisée. Constipation mais émission des gaz.

Ni nausées, ni vomissements.

Le toucher vaginal révèle une sensibilité nette du Douglas ; pas de douleur dans les culs-de-sac latéraux.

A 16 heures, consultation avec le Dr J. Quénu.

Aggravation nette de l'état général ; temp. : 39°5 ; pouls à 130. Météorisme abdominal plus marqué.

Le ventre ne respire pas ; douleur et contracture sont généralisées.

Le toucher vaginal est extrêmement douloureux et ne donne pas beaucoup de renseignements.

On ne trouve rien non plus dans les antécédents.

Malgré tout on porte le diagnostic de péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx.

Opération. Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Issue, d'un flot de pus par la partie inférieure de l'incision. Ses anses grêles sont rouges, distendues elles font irruption au dehors. Beaucoup d'entr'elles sont couvertes de fausses

membranes purulentes. On les écarte comme on peut, sur des champs. On plonge la main dans le pelvis et on ramène une trompe gauche énorme rouge distendue à l'extrême, longue de 15 20 centimètres, libre, d'où s'échappe un jet de pus par une petite perforation au niveau du pavillon oblitéré.

L'utérus est de volume normal avec un fibrome gros comme une mirabelle presque pédiculé sur son fond.

La trompe droite est atteinte de salpingite, mais pas de pyosalpinx de ce côté.

Castration unilatérale gauche ; un gros drain dans le Douglas par lequel on prélève du pus pour examen bactériologique.

Pièce : grosse trompe à paroi épaisse, pleine de pus ; elle est surtout distendue au dépens de son segment angulaire et unfundibulaire ; ce dernier très aminci, est le siège de la perforation.

Suites : L'état général reste grave. La température oscille entre 38° et 40°. Le pouls est rapide à 140, petit.

L'examen du pus montre la présence de streptocoque non hémolytique.

On pratique un auto-vaccin.

Malgré tout, la malade succombe 10 jours après l'intervention.

Obs. VI. — Dr Jean Quénu. — *Rupture d'un pyosalpinx gauche. Castration bilatérale. Drainage abdominal. Mikulicz. Guérison.*

Mme M .., 30 ans Le 27 avril 1929, à 23 h. 30, je suis appelé comme chirurgien de garde à l'hôpital St-Louis auprès d'une femme de 30 ans, entrée dans la soirée pour des douleurs abdominales très intenses.

L'interrogatoire de la malade fournit les renseignements suivants :

Le début des douleurs abdominales remonte à 4 jours ; d'abord peu vives, sensation de picotements d'élancements ; ces douleurs qui siègent dans le bas du ventre du côté gauche, ont revêtu dans la journée une acuité extrême qui a décidé la malade à se faire transporter à l'hôpital.

Cette femme me dit souffrir depuis plusieurs années du ventre ; elle à même eu, il y a 7 mois, une crise douloureuse analogue à celle-ci, quoique moins forte.

Elle est mère d'un enfant de 18 mois ; n'a pas fait de fausse-couche.

Elle est bien réglée et a eu des règles normales il y a 15 jours.

Facies anxieux, pâle, traits tirés, lèvres fuligineuses, langue sèche, temp. : 38°1, pouls à 90.

La paroi abdominale est le siège d'une contracture extrêmement intense et absolument généralisée.

La palpation même superficielle est extrêmement douloureuse en tous points.

La palpation profonde est absolument impossible.

Le toucher vaginal est aussi très douloureux et ne permet pas une exploration méthodique des culs-de-sac, car la malade pousse des gémissements de douleur dès que le doigt atteint le col.

Je peux tout juste me rendre compte que le cul-de-sac postérieur n'est pas libre et qu'il est extrêmement douloureux.

Me basant sur les antécédents, sur l'histoire de la crise, actuelle, sur la contracture généralisée et les signes fournis par le toucher, je pose le diagnostic de péritonite aiguë généralisée d'origine génitale en évoquant la possibilité d'une rupture de pyosalpinx.

L'intervention est aussitôt décidée.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Des anses intestinales distendues sortent aussitôt de l'ab-

domen, En les refoulant dans l'épigastre je vois aussitôt sortir des flots de pus crémeux, sans odeur qui viennent du pelvis.

Les anses protégées par des champs et le pelvis détergé, j'aperçois immédiatement un gros salpinx droit libre.

Les annexes gauches sont adhérentes et il existe aussi de ce côté un gros pyosalpinx collé à la face postérieure de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas.

Cette exploration ne permet pas de voir si l'une des masses salpingiennes est rompue.

Je décide de pratiquer la castration bilatérale. Castration droite facile ; castration gauche après décollement des annexes, qui laisse une surface saignante. Pour gagner du temps je ne péritonise pas ; je me contente de solidariser de part et d'autre de l'utérus, le pédicule utéro-ovarien au pédicule de la corne utérine.

Je termine l'opération en disposant un sac de Mikulicz dans le pelvis que je bourre de trois mèches et en fermant la paroi abdominale en 2 plans.

Pièce opératoire : Trompe droite à paroi relativement épaisse, trompe distendue par un liquide séreux louche. Trompe gauche aussi volumineuse, mais affaissée,

Son volume est dû à l'épaisseur considérable de ses parois, presque un centimètre.

En fendant la trompe suivant son bord libre, on constate qu'elle contient un peu de pus analogue à celui qu'on a trouvé dans l'abdomen et qu'il existe au niveau du bord inférieur à l'union du tiers externe et deux tiers internes une perforation de la paroi de 5 millimètres de large environ.

Suites : Très bonnes. Au 5e jour ablation d'une mèche ; on enlève les deux autres les 6e et 7e jours et le sac le 10e.

La malade sort, guérie, le 24e jour.

Obs. VII. — Dr R. Toupet. — *Rupture d'un pyosalpinx droit. Intervention à la 18e heure. Castration unilatérale. Deux pinces à demeure. Mikulicz. Guérison.*

Mme D..., 23 ans, entre d'urgence à l'hôpital Bicêtre le 5 février 1927, pour des douleurs vives dans le ventre et vomissements.

Les douleurs s'étaient installées brusquement dans la soirée, vers 8 heures. Elles étaient généralisées, avec prédominance à droite, accompagnées d'anxiété et d'agitation, des vomissements bilieux et d'une température à 40°.

Dans les antécédents on ne trouve pas de grossesse, mais des règles douloureuses et des pertes blanches.

L'examen de la malade, à son entrée, fait porter le diagnostic de perforation appendiculaire.

Opération le 5 février à 13 h., c'est-à-dire 15 h. environ, après le début des accidents.

Anesthésie à l'éther. Incision de Roux. Du pus vient du petit bassin. L'appendice n'est pas en cause. L'exploration du petit bassin montre qu'il s'agit d'une salpingite droite suppurée et rompue. On prolonge l'incision vers le pubis et on arrive à enlever la trompe droite distendue par le pus. On met deux pinces à demeure et un Mikulicz.

Suites très bonnes. Guérison.

Notons que cette malade a été hystérectomisée un an après, parce qu'elle continuait à souffrir de sa salpingite gauche.

Au cours de cette seconde intervention on n'a trouvé aucune adhérence dans le petit bassin malgré le séjour du Mikulicz lors de la première opération.

Obs. VIII. — Dr R. Toupet. — *Rupture d'un pyosalpinx gauche. Hystérectomie subtotale. Pinces à demeure sur les pédicules. Drainage abdominal (Mickulicz). Mort.*

Mlle B..., 21 ans, a ressenti une douleur violente dans le ventre dans la nuit du 28 février au 1er mars 1929.

Vue le 1er mars à 9 h. 30 : température 39° ; pouls bat à 110. Un vomissement. Défense abdominale généralisée. La douleur est plus vive à l'hypogastre. Le toucher vaginal ne donne rien de net. La malade est transportée à une maison de santé. A 16 h. 30 : la température est à 40°4, le pouls est filant.

Diagnostic préopératoire : rupture de salpingite probable.

Intervention le 1er mars à 17 h. 30. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un quart de litre de pus et de sérosité dans l'abdomen. La trompe gauche a le volume d'un œuf et se vide nettement par le pavillon. La trompe droite paraît malade, du volume d'une grosse noix. Hystérectomie subtotale très rapide. Pinces à demeure sur les 6 pédicules. Drainage abdominal Mikulicz. Durée de l'opération 15 minutes.

On injecte un litre de sérum glycosé par voie veineuse. La péritonite continue à évoluer. Mort le 3 mars à 5 heures.

Obs. IX. — Dr R. Toupet. — *Rupture d'un pyosalpinx droit. Hystérectomie subtotale. Pinces à demeure sur tous les pédicules. Drainage abdominal (Mickulicz). Mort.*

Mme Ch..., 37 ans, a été prise dans la soirée du 4 mars 1929 de douleurs abdominales extrêmement violentes, surtout marquées à droite.

Le chirurgien voit la malade à 17 heures.

La malade vomit. Le pouls bat à 120. La palpation révèle une contracture abdominale généralisée et une douleur diffuse mais plus marquée à droite. Le toucher vaginal produit une douleur vive dans le cul-de-sac latéral droit.

Il y avait une notion de salpingite antérieure qui permet de poser le diagnostic de salpingite rompue ou tordue.

Opération le 4 mars à 17 h. 30. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Un verre de pus dans le Douglas. La trompe droite est malade et rompue. La trompe

gauche kystique de volume d'une mandarine. Hystérectomie subtotale. Drainage abdominal Mikulicz Pinces à demeure sur tous les pédicules.

Suites : Les pinces à demeure sont enlevées le 5 mars à 11 h., c'est à-dire 6 h. avant les 48 h. Il s'est alors produit une hémorragie.

A midi la malade est réopérée ; le bassin paraît en très bon état. L'utérine droite saigne en jet. Ligature sur tous les pédicules. Mikulicz. Paroi en 1 plan. On injecte un litre de sérum par voie veineuse.

Suites : La malade meurt le 8 mars dans la matinée avec des signes de péritonite et de défaillance cardiaque.

Un examen bactériologique pratiqué montra du streptocoque hémolytique.

OBSERVATIONS

Appartenant à divers auteurs et publiées depuis 1920

Obs. 1. — Dr Lejars : Perforation d'un pyosalpinx gauche. Pyosalpinx droit non rompu. Ablation des annexes de deux côtés. Deux drains dans le Douglas, deux drains dans les fosses iliaques. Guérison.

Obs. 2. — Dr Delepine : Péritonite généralisée par rupture d'un pyosalpinx droit. Castration unilatérale. Drainage par tube. Guérison. Il s'agit d'une éventualité intéressante par son extrême insidiosité.

Obs. 3. — Dr Huet : Double pyosalpinx dont le gauche perforé. Hystérectomie subtotale. Drainage abdominal. Mikulicz. Gros grain dans le Douglas. Mort.

Obs. 4. — Dr Lenormant : Rupture d'un pyosalpinx gauche. Pyosalpinx droit non rompu. Ablation de deux pyosal-

pinx. On conserve l'utérus. Un gros drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 5. — Dr Kreiss : Rupture d'un pyosalpinx gauche. Castration unilatérale. Drainage abdominal. Mikulicz. Guérison. Examen bactériologique : streptocoque.

Obs. 6. — Drs Bouxhoure et Baillat : Rupture d'un pyosalpinx gauche. Opération à la 48e heure. Drainage abdominal. Mikulicz. Mort rapide. Examen bactér : streptocoque.

Obs. 7. — Dr Reeb : Perforation d'un pyosalpinx gauche. Opération à la 12e heure. Hystérectomie subtotale. Drainage par le col. Drainage abdominal. Mikulicz. Guérison. Examen bactér. Streptocoque.

Obs. 8. — Dr Reeb : Rupture d'un pyosalpinx après avortement. Laparotomie. Drainage abdominal. Mikulicz ; drain dans le Douglas. Mort 3 jours après.

Obs. 9. — Drs Lacroix et Duboucher : Perforation tubaire en péritoine libre au cours d'une salpingite aiguë. Ablation des 2 trompes. Drainage abdominal. Mikulicz. Guérison.

Obs. 10 — Dr Godart : Péritonite généralisée par perforation tubaire droite au cours d'une gonococcie aiguë. Intervention 24 h. après le début. Ablation de la trompe droite. Drainage abdominal. Mikulicz. Guérison. Examen bactér. : gonocoque.

Obs. 11. — Dr Violet. Rupture de pyosalpinx gauche. Diagnostic pré-opératoire : occlusion intestinale liée à une masse annexielle gauche. Intervention. Rachianesthésie. Castration unilatérale. Drainage abdomino-vaginal. Mikulicz. Guérison.

Obs. 12. — Dr Dupré : Perforation d'un pyosalpinx droit. Castration unilatérale. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 13. — Dr Dupré : Rupture d'un pyosalpinx droit. 3 drains dans le bassin et la fosse iliaque droite. Mort en quelques heures.

Obs. 14. — Dr Dupré : Péritonite généralisée par perforation d'un pyosalpinx gauche. Ablation des annexes gauches. Deux drains dans l'abdomen. Mort en quelques heures.

Obs. 15. — Dr Lenormant : Rupture d'un pyosalpinx gauche. Diagnostic préopératoire. Kyste suppuré Laparotomie. Trompe gauche perforée. A droite pyosalpinx non rompu. Ablation des deux pyosalpinx. Deux mèches. Guérison.

Obs. 16. — Dr Lenormant : Perforation d'un pyosalpinx droit. A gauche gros pyosalpinx non rompu. Hystérectomie totale. Un drain et une mèche dans le vagin. Guérison.

Obs. 17. — Dr Lapeyre : Perforation d'un pyosalpinx gauche. Trompe droite adhérente. Hystérectomie subtotale. Mikulicz et un drain. Guérison. Examen bactér. : colibacille.

Obs. 18. — Dr Lapeyre : Pyosalpinx gauche perforé. Pyosalpinx droit intact. Intervention à la 36e h. Hystérectomie subtotale. Mikulicz. Guérison.

Obs. 19. — Leydet : Perforation d'un pyosalpinx gauche. Salpingectomie gauche. Trompe droite saine. Mikulicz. Guérison.

Obs. 20. — Dr Walther : Rupture d'un pyosalpinx gauche. Salpingectomie gauche. Mikulicz et un petit drain. Guérison.

Obs. 21. — Dr Sabadini : Perforation d'un pyosalpinx droit. Intervention. Laparotomie après fermeture de l'incision de M. B. Drainage abdominal Mikulicz. Suites : parfaites ; revue 8 mois après en bon état.

Obs. 22. — Dr Sabadini : Perforation d'un pyosalpinx gauche Antécédents : traumatisme. Laparotomie. Trompe gauche perforée, entourée de fausses membranes. Mikulicz. Suites parfaites

Obs. 23. — Dr Ameline : Rupture d'un pyosalpinx droit. Pyosalpinx gauche non rompu. Castration bilatérale. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 24. — Dr Gatellier : Péritonite généralisée par rupture d'un pyosalpinx droit, de la taille d'un poing. A gauche pyosalpinx. Double ablation des annexes. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 25. — Dr Chastang : Péritonite généralisée par rupture d'un pyosalpinx droit. Ablation. Un drain dans le Douglas. Un petit drain dans l'angle inférieur du M. B. première incision.

Obs. 26. — Dr Chastang : Fissuration d'un pyosalpinx droit. Ablation. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 27. — Dr Gatellier : Rupture de pyosalpinx gauche. Hystérectomie subtotale. Péritonisation partielle. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 28. — Dr Aurousseau : Rupture d'un pyosalpinx droit. Salpingo ovariotomie Un drain et un tamponnement du Douglas. Décès dix heures après.

Obs. 29. — Pr Duval : Perforation d'un pyosalpinx droit. L'appendice est accolé à la poche salpingienne. Ablation de l'appendice et de la trompe. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 30. — Dr Gatellier : Enorme salpingite gauche complètement déchirée. Ablation. Gros drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 31. — Dr Welti : Fissuration d'un pyosalpinx droit. Ablation des deux trompes. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 32. — Dr Redon : Rupture d'un pyosalpinx gauche. Ablation des annexes des deux côtés. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 33. — Dr Gatellier : Double perforation de pyosalpinx. Ablation rapide des poches annexielles. Deux gros drains dans le Douglas. Guérison.

Obs. 34. — Dr Gatellier : Rupture d'un pyosalpinx droit. Intervention à la 26e heure. Ablation des annexes droites. Un gros drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 35. — Dr Gatellier : Péritonite généralisée par éclatement véritable d'un pyosalpinx droit. Ablation des annexes des deux côtés. Un gros drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 36. — Dr Gatellier : Rupture d'un pyosalpinx droit. Pyosalpinx gauche. Double ablation des annexes. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 37. — Dr Leroux : Rupture d'un pyosalpinx droit quelques heures après un accouchement. Opération à la 48e heure. Castration unilatérale. Drainage abdominal. Mikulicz. Guérison.

CONCLUSIONS

La rupture des pyosalpinx est un accident relativement rare, mais extrêmement utile à connaître, à cause du traitement actif qu'il comporte.

Le tableau clinique est celui d'une péritonite à début brusque, rapidement généralisée.

Le diagnostic clinique est généralement assez difficile à établir. On a souvent confondu la rupture de pyosalpinx avec l'appendicite aiguë, avec la rupture de grossesse tubaire.

Ces erreurs n'ont pas de conséquences fâcheuses, puisque ces affections méritent également un traitement chirurgical d'urgence.

L'erreur à éviter est celle qui consiste à confondre la rupture de pyosalpinx avec une poussée de pelvipéritonite, car le traitement de cette dernière affection doit être essentiellement un traitement d'attente, de refroidissement.

C'est sur le mode de début, l'évolution des symptômes, l'étude de la contracture abdominale, plutôt que sur les signes physiques fournis par le toucher vaginal qu'on arrivera à distinguer ces deux affections.

Toute rupture de pyosalpinx doit être opérée d'urgence par voie abdominale.

L'indication est double : drainage du péritoine, suppression de la poche rompue.

Le drainage du péritoine sera réalisé *suivant les cas*, par des tubes de caoutchouc ou par un tamponnement à la gaze.

La suppression de la poche rompue sera réalisée de la manière la plus simple par la castration unilatérale.

Dans certains cas, si les lésions sont bilatérales, il peut y avoir intérêt à pratiquer la castration bilatérale et même l'hystérectomie si la malade semble en état de la supporter.

L'hystérectomie totale avec drainage vaginal, peu employée, semble pouvoir donner d'heureux résultats dans ces conditions.

Quoique les statistiques fournissent des différences et même des contradictions difficiles à interpréter, le pronostic semble subordonné à la virulence de l'infection, à la résistance du terrain, à la précocité de l'intervention et à la qualité de l'intervention.

Vu, Le Doyen
H. ROGER.

Vu, le Président,
BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

1° Avant 1924.

Consulter : Huet. Rupture et perforation de pyosalpinx en péritoine libre (*Journal de chirurgie*, février 1924. t. XXIII, n° 2, p. 123).

2° Depuis 1924.

Ouvrages et articles consultés :

Baillat et Morel. — Salpingite purulente ouverte librement dans la cavité pelvienne (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc*, Paris, 1926, p. 547).

Bounhoure et Baillat. — Rupture de pyosalpinx en péritoine libre (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, Paris, 1924, p. 581).

Delepine. — Péritonite généralisée par rupture d'un pyosalpinx droit. Opération. Guérison (*Gynécologie et Obstétrique*. An. 1921, p. 76).

Duboucher et Lacroix. — Perforation tubaire précoce en péritoine libre au cours d'une salpingite aiguë (*Revue de Gynéc., d'Obst et Pédiatrie*. An. 1925, p. 597).

Dupré. — Rupture spontanée de pyosalpinx. 3 cas de pyosalpinx avec péritonite généralisée (*Bull. Méd. Québec*, rupture de mars 1927, n° 3, p. 67).

Duval et Ameline. — 14 observations de pyosalpinx rompus dans le grand péritoine. Opération, 13 guérisons (*Bull. Soc. de Chir. Paris*, 1929, t. LV, p. 1070).

Faure et Siredey. — Traité de Gynécologie, p. 660.

Godard. — Péritonite généralisée par perforation tubaire au cours d'une gonococcie aiguë (*Gynécologie et Obstétrique*. An. 1925, p. 425).

Kreiss. — Rupture d'un pyosalpinx. Laparotomie immédiate. Guérison (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, Paris, 1924, p. 471-473).

Lapeyre. — Nouvelles observations de perforation et de rupture de pyosalpinx en péritoine libre (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XVII, n° 4, avril 1928, p. 304).

Ch. Lenormant et R. Kaufmann. — Contribution à l'étude de la rupture des pyosalpinx (*Presse médicale*, n° 61, 30 juillet 1927, p. 945).

Lejars. — Chirurgie d'urgence, 8e Edition 1921, p. 504.

Leroux. — Péritonite puerpérale guérie par incision précoce (*Soc. d'obst. et Gynéc.*, Paris, février 1930).

Lynch. — Rupture de pyosalpinx (*Boston M. et S. J.* 197 : 1362-1363, janvier 1928).

Reeb. — Perforation d'un pyosalpinx suivi de péritonite opérée 12 h. après son début (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, Paris 1924, p. 706-708).

Reeb. — Pyosalpinx puerpéral après avortement (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, Paris 1925, p. 472).

Sabadini. — Ruptures de pyosalpinx en péritoine libre (*Revue de Chir.*, t. LXVI, 1928, n° 9, p. 642).

Savariaud et Jacob. — Pyosalpinx rompu. Péritonite généralisée. Intervention. Guérison (*Gynécologie et obstétrique*. An. 1920, p. 127).

Viollet. — Pyosalpinx opéré en pleine péritonite diffuse avec occlusion ; ablation du pyosalpinx ; drainage abdomino-vaginal ; Mikulicz. Guérison (*Lyon Médical*, 1925, CXXXVI, p. 693-695).

TABLE DES MATIÈRES

I. — Introduction 9
II. — Historique 10
III. — Etiologie 11
IV. — Anatomie pathologique 14
V. — Symptomatologie 18
VI. — Evolution 22
VII. — Diagnostic 23
VIII. — Pronostic 28
IX. — Traitement 29
X. — Observations 44
XI. — Conclusions 63
Bibliographie 65

1930. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.